

Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse

*Der Endbericht ist als kurzes zusammenfassendes Projektprodukt für den Transfer der Lernerfahrungen zu sehen. Er dient dem FGÖ einerseits zur abschließenden Bewertung des Projekts. Vor allem aber richtet sich der Bericht an **Umsetzer/innen zukünftiger Projekte** und dient dazu, Projekterfahrungen und bewährte Aktivitäten und Methoden weiter zu verbreiten. Da in Fehlern zumeist das höchste Lernpotenzial steckt, ist es wichtig auch Dinge zu beschreiben, die sich nicht bewährt haben und Änderungen zwischen ursprünglichen Plänen und der realen Umsetzung nachvollziehbar zu machen.*

Der Endbericht ist – nach Freigabe durch Fördernehmer/in und FGÖ – zur Veröffentlichung bestimmt und kann über die Website des FGÖ von allen interessierten Personen abgerufen werden.

Projektnummer	2300
Projekttitle	Gesundheitsförderung von nicht-deutschsprachigen Personen durch den Einsatz von Videodolmetschen
Projektträger/in	Österreichische Plattform Patientensicherheit
Projektlaufzeit, Projektdauer in Monaten	01.11.2012 – 31.01. 2015
Schwerpunktzielgruppe/n	Niedergelassene ÄrztInnen / nicht-deutschsprachige Personen
Erreichte Zielgruppengröße	
Zentrale Kooperationspartner/innen	Zentrum für Translationswissenschaft, SAVD Videodolmetschen GmbH
Autoren/Autorinnen	Dr. Maria Kletečka-Pulker, Mag. Sabine Parrag
Emailadresse/n Ansprechpartner/innen	maria.kletecka-pulker@univie.ac.at sabine.parrag@univie.ac.at
Weblink/Homepage	www.plattformpatientensicherheit.at
Datum	30.04.2015

1. Kurzzusammenfassung

Das Projekt "Gesundheitsförderung von nicht-deutschsprachigen Personen durch den Einsatz von Videodolmetschen will einen Beitrag zur besseren Gesundheitsversorgung im Bereich Primärprävention, Aufklärung und insbesondere bei gesundheitsfördernden Vernetzungsmaßnahmen, für Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen, leisten. Durch Kommunikationsbarrieren leiden nicht-deutschsprachige MigrantInnen häufig unter schlechterem Zugang zum Gesundheitssystem und gesundheitlicher Chancenungleichheit. Niedergelassene ÄrztInnen hatten die Möglichkeit, flexibel einen professionell ausgebildeten Dolmetschservice für die Sprachen Türkisch und BKS (Bosnisch, Kroatisch, Serbisch), per Videokonferenz einfach und unkompliziert hinzuzuschalten. Das Ziel war, den Angehörigen von Gesundheitsberufen, durch das Verringern der Kommunikationsbarrieren und durch Sensibilisierung/Schulung, langfristig zu mehr Handlungskompetenz und Bewusstsein für die erweiterten Handlungsspielräume, zu verhelfen. Zudem sollte dadurch eine aktive Anbindung und Vernetzung der nicht-deutschsprachigen MigrantInnen an vorhandene Unterstützungsnetzwerke und Institutionen gefördert und erhöht werden.

Die Umsetzung des Tools Videodolmetschen gestaltete sich im niedergelassenen Bereich wesentlich komplexer als dies im intramuralen Bereich der Fall war. Als besondere Herausforderung stellte sich in vielen Fällen die geringere technische Infrastruktur in den Arztpraxen heraus. Dadurch konnten manche zur Teilnahme motivierte ÄrztInnen aufgrund ihrer technisch zu geringen Ausstattung und Voraussetzung (bspw. die Internetbandbreite) letztendlich nicht zur Dolmetscherzentrale zugeschaltet werden. Eine weitere Hürde stellte die mehrheitliche Überzeugung der angefragten MedizinerInnen, der Einsatz professioneller DolmetscherInnen sei nicht erforderlich, dar. Hinzu kam große Scheu vor zusätzlich entstehendem Aufwand der Implementierung und Integration in den Arbeitsalltag, da sich die MedizinerInnen mehrheitlich bereits schon an der Grenze ihrer Ressourcen sahen. Insgesamt wurden vier niedergelassene ÄrztInnen zugeschaltet. Jene MitarbeiterInnen, welche den Videodolmetscher auch genutzt hatten, gaben an sehr zufrieden damit gewesen zu sein und sich auch durchaus vorstellen zu können, diesen für das Besprechen gesundheitsfördernder- und -präventiver Maßnahmen auch zukünftig wieder nutzen zu wollen.

2. Projektkonzept

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit und das Institut für Ethik und Recht in der Medizin widmen sich bereits seit längerer Zeit thematisch der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. In diesem Zusammenhang wurde von der Plattform Patientensicherheit in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2011 die Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“ ins Leben gerufen. Diese Expertengruppe widmete sich der Frage der Gesundheitsversorgung von Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen. Weiters fand im November 2011 vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin in Kooperation mit der Plattform Patientensicherheit und dem Bundesministerium für Gesundheit eine Tagung zum Thema „Wieviel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit“ statt, welche sich großem medialem Interesse erfreute und deren Beiträge in einem Tagungsband 2012 publiziert wurden.

Ausgangspunkt für die Etablierung der Arbeitsgruppe sowie für die Tagung als auch für das eingereichte Projekt „Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“, war die Problematik der gesundheitlichen Chancenungleichheit der in hohem Maße heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Dass hier Handlungsbedarf besteht, um für nicht-deutschsprachige Menschen einen guten Zugang zum Ge-

sundheitswesen herzustellen, war und ist allgemein bekannt. Die Schweiz hat daher das Rahmenprogramm „Migration und Gesundheit“ etabliert, welches sich schon in der zweiten Förderperiode befindet. Besondere Bedeutung haben dabei der Zugang zum Gesundheitswesen und die seltenere Nutzung von vielen Präventivmaßnahmen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Dies liegt einerseits am Unwissen über vorhandene Vorsorgemaßnahmen und andererseits an der unzureichenden Verständigungsmöglichkeit mit Angehörigen von Gesundheitsberufen, welches dadurch nur erschwert Interventionen setzen und Informationen vermitteln kann.

Nicht alle in Österreich lebenden Menschen haben den gleichen Zugang zu Angeboten des Gesundheitswesens. Dabei tragen vielfältige Barrieren maßgeblich zur eingeschränkten Nutzung und Teilhabe an gesundheitsförderlichen Angeboten bei. Faktoren wie Schichtzugehörigkeit, fehlende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und kulturspezifische Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie kulturell bedingte unterschiedliche Einstellungen zu Prävention, spielen dabei eine entscheidende Rolle. Besonders MigrantInnen haben ein migrations- und statusbedingt erhöhtes Adipositas- und Angst-/Depressions-Risiko, und weisen außerdem einen signifikant niedrigeren aufrechten Impfschutz auf, was im Extremfall fatale Folgen für die Gesundheit mit sich bringen kann. Aber auch Vorsorgeuntersuchungen werden weit weniger häufig in Anspruch genommen als bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Einen wesentlichen Faktor stellen außerdem Sprach- und Verständigungsbarrieren dar, welche dazu führen, dass bei vielen Vorsorgemaßnahmen Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen nicht umfassend über ihre Möglichkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung informiert und aufgeklärt werden können. Häufig fehlen Informationen darüber, welche Angebote zur Verfügung stehen und welchen Nutzen/Wichtigkeit diese für die Gesunderhaltung haben. Dies führt unter anderem dazu, dass diese Gesundheitsangebote daher weniger häufig genutzt werden, und dass – wenn die Verständigung nicht funktioniert – die „Adherence“ oder „Compliance“ der betroffenen Menschen deutlich schlechter ist als bei Personen mit guten Deutschkenntnissen. In weiterer Folge kommt es durch diese auftretenden sprachlichen und kulturellen Barrieren zu einer Unterinanspruchnahme von Leistungen, einer erheblichen Erhöhung von Fehlbehandlungen (Stichwort PatientInnenunsicherheit) und in weiterer Folge zu häufigerem Arztwechsel (Doctor-Shopping), da die Ursache von Beschwerden meist erst sehr spät gefunden und dadurch Hilfe bei mehreren ÄrztInnen gesucht wird.

Aus dieser Problemlage ist die Idee entstanden, ein Projekt zu konzipieren, welches durch das Anbieten eines professionellen Videodolmetsch-Dienstes die Verständigung zwischen Gesundheitspersonal und nicht-deutschsprachigen Personen maßgeblich erleichtern soll. Dadurch soll sich die Möglichkeit eröffnen, Menschen mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen – neben dem Zugang zu der vorhandenen medizinischen Versorgung – eine bessere, effektivere und leichtere Nutzung der gesundheitsfördernden Angebote und die Integration ins österreichische Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Das Projekt „Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“ setzte hier gezielt schon an einem sehr frühen Stadium an, nämlich bereits beim Gedanken des Aktivierens eines Bewusstseins bei der Gruppe der nicht-deutschsprachigen Personen zur Gesunderhaltung und Verbesserung der Verfassung von Körper, Geist und Seele noch vor Eintreten eines Defizits. Angehörige der Gesundheitsberufe übernahmen hier eine Schlüsselrolle und hatten die Möglichkeit, mit Hilfe des Tools „Videodolmetschen“ vermittelnd und aufklärend als Drehscheibe zur vernetzenden Gesundheitsförderung zu fungieren.

Gerade im niedergelassenen Bereich zeigte sich die Wichtigkeit von flexibel verfügbaren professionellen Dolmetschlösungen, da diese sich bislang wenig bis gar nicht als Lösungsstrategie in diesem Setting etablieren konnten. Dabei würde gerade Videodolmetschen sich grundsätzlich als ein sehr nützliches Instrument dafür anbieten. Besteht das Hauptproblem doch meist darin, dass der gezielte Einsatz von ausgebildeten DolmetscherInnen (insbesondere in der niedergelassenen Arztpraxis) meist sehr schlecht

planbar ist. In den meisten Fällen ist ein/eine professionelle/r DolmetscherIn für die benötigte Sprache und zur erforderlichen Urzeit nicht vorhanden.

Durch das Tool Videodolmetschen stehen vermehrt professionell ausgebildeter GesundheitsdolmetscherInnen zur Verfügung. Dadurch kann ein zusätzliches Sicherheitsnetz, zur Vorbeugung von Vorfällen aufgrund sprachlicher und kulturspezifischer Kommunikationsbarrieren, eingezogen werden und seitens des Gesundheitspersonals die Möglichkeit genutzt werden, diese schwer erreichbare Gruppe hinsichtlich Maßnahmen der Gesundheitsförderung und –prävention besser zu kontaktieren. Damit kann wiederum effektiv zu intensiverer Vernetzung auf niederschwelliger Basis beigetragen werden. Der niedergelassene Arzt/die niedergelassene Ärztin kann damit entscheidend zur zielgruppenspezifischen Stärkung und Förderung von Ressourcen (wie der Kompetenz im Umgang mit der Gesundheit), dem Erwerb und der barrierefreieren Vermittlung von Informationen zu Gesundheit und Gesunderhaltung und letztlich zur aktiven Partizipation in gesundheitsfördernden Maßnahmen, dieser von gesundheitlicher Chancengleichheit betroffenen Personengruppe, beitragen. So können Menschen mit Migrationshintergrund auf niederschwelliger Ebene erreicht und dazu befähigt werden, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen.

Dass es einen großen Bedarf an professionellen Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren gibt, ist besonders an den tatsächlich vorhandenen Lösungsstrategien im intra- und extramuralen Bereich zur Übersetzungsproblematik erkennbar. Diese bestehen häufig darin, dass von Angehörigen gedolmetscht wird, muttersprachliches Gesundheitspersonal beigezogen wird, oder das man sich im Extremfall gar nicht – bzw. nur mit Händen und Füßen – verständigen kann. Ein Gespräch mit den nicht-deutschsprachigen Personen über gesundheitsbezogene Kompetenzförderung und Empowerment ist daher kaum möglich. Die zentrale Rolle der Sprache, als ein Hauptträger von Emotion und Identität und die tiefe Verbundenheit mit dem Selbstwertgefühl, darf keinesfalls unterschätzt werden und stellt einen entscheidenden Faktor zum Gelingen oder Misslingen von Angeboten und Interventionen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, dar.

Da der Einsatz von Videokonferenzsystemen im Krankenhaussetting bereits seit längerem zum Standard moderner Behandlungsansätze (Beispiel Tumorboards) gehört und sich *video remote interpreting* gerade im Krankenhaussetting international bereits bewährt hat, wurde hingegen in Österreich mit diesem Projekt Neuland betreten. Insbesondere das Nutzen von Videodolmetschen im niedergelassenen Bereich stellte eine Neuheit dar, weswegen das Projekt eine Brücke schlug und erstmals verschiedene bereits vorhandene Faktoren mit einander verknüpfte, um den Einsatz professioneller DolmetscherInnen via Videokonferenz im niedergelassenen Bereich zu erproben und diesen auch zur erweiterten Gesundheitsversorgung nicht-deutschsprachiger Personen zu nutzen.

Das Projekt „Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“ richtete sich daher gezielt an ausgewählte Arztpraxen im niedergelassenen Bereich (aus den Fachbereichen Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin). Diese sollten die Möglichkeit bekommen, für Aufklärungsgespräche, primärpräventive Maßnahmen und der Vermittlung gesundheitsfördernder Angebote/Informationen, sowie der Vernetzung dieser gesundheitsfördernden Anbieter untereinander und mit der Zielgruppe, den professionellen Videodolmetschservice zu nutzen. Ziel war es, dort anzuknüpfen und fortzusetzen, wo für gewöhnlich Kommunikationsbarrieren weitere Interventionen für den Arzt/die Ärztin bisher nahezu unmöglich machten. Somit konnte Videodolmetschen nicht nur für Therapie und Diagnose, sondern auch gezielt zum Zweck der Gesundheitsförderung genutzt werden.

3. Projektdurchführung

Zur Vorbereitung und Planung des Projektes wurden eine Reihe von vorgelagerten Aktivitäten und Tätigkeiten umgesetzt. Diese wurden zum Zweck der Wissensgenerierung über das zu erforschende Feld sowie dem notwendigen Erfahrungsaustausch durchgeführt.

Teil-Projekt „(Mehr-)Aufwand aufgrund von Sprachbarrieren bei der medizinischen Versorgung von MigrantInnen“

In der Studie wurde der Frage nachgegangen, wie oft MigrantInnen mit Erstsprache Türkisch und BKS (Bosnisch, Kroatisch, Serbisch) eine/n Ärztin/Arzt aufsuchen müssen, bis dem Arzt/der Ärztin oder dem Patienten/der Patientin klar ist, um welche Krankheit es sich bei den Beschwerden handelt und wie die weitere Behandlung verläuft. Ziel der Studie war somit, einen eventuellen finanziellen und zeitlichen Mehraufwand sowohl auf Seiten des medizinischen Personals, als auch auf Seiten der MigrantInnen durch Sprachbarrieren bei der medizinischen Versorgung zu erheben.

Als Methode wurde die quantitative Fragebogenerhebung gewählt. Zweiseitige Fragebögen wurden in die Sprachen Türkisch und BKS (Bosnisch, Kroatisch, Serbisch) übersetzt und in den Monaten Oktober und November 2012 in zwei Wiener Kinderarztpraxen (4. & 16. Bezirk) durch die OrdinationsassistentInnen verteilt. Die insgesamt 47 Fragebögen wurden anschließend mit SPSS ausgewertet. Die Auswertung ergab, dass die Mehrheit der Befragten nach eigenen Angaben gut Deutsch sprechen und es auch gut verstehen konnten. Es wurde angegeben, dass die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin soweit problemlos funktioniert. Inhaltlich sei alles so gut verstanden worden, sodass zum Verständnis der Erkrankung und der weiteren Behandlung weder von Seiten des Arztes/der Ärztin noch von Seiten der PatientInnen/Begleitpersonen ein oder mehrere weitere/r Besuch/e oder sogar ein Arztwechsel erforderlich seien.

Zur Vertiefung dieser ersten, deutlich im Kontrast zu den geäußerten Einschätzungen der im Rahmen unserer ersten Testung eines Videodolmetschsystems im St. Anna Kinderspital im Mai 2012 befragten ÄrztInnen und Pflegepersonal stehenden, Ergebnisse wurde vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin und der Österreichischen Plattform Patientensicherheit ein weiteres Teil-Projekt zu vorhandenen Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren bei Wiener KinderärztInnen durchgeführt, um mögliche Erklärungsansätze für die Ergebnisse der ersten Befragung zu finden.

Teil-Projekt „Sprachbarriere – (k)ein Problem? Lösungsstrategien bei Wiener KinderärztInnen“

Gut dreißig Prozent der Wiener Bevölkerung weisen einen Migrationshintergrund auf und viele dieser Menschen haben Deutsch nicht als Muttersprache. Obwohl ein Großteil dieser Personengruppe dennoch fließend oder zumindest ausreichend gut Deutsch spricht, um sich in Alltagssituationen verständigen zu können, zeigen Studien, dass in vielen Fällen, nicht das für ein erfolgreiches Arzt-Patienten-Gespräch erforderliche Sprachniveau vorhanden ist und sich daher ÄrztInnen und PatientInnen oft nicht ausreichend verständigen können. Daraus ergibt sich die Frage, welche Rolle Sprachkenntnisse bei der Behandlung im niedergelassenen Bereich spielen und welche Lösungsstrategien ÄrztInnen und PatientInnen anwenden, um Sprachbarrieren zu überbrücken.

Durch qualitative halbstandardisierte Interviews mit Wiener KinderärztInnen aus den migrationsstärksten Bezirken konnten im Wesentlichen sechs Lösungsstrategien eruiert werden, die zwar den ÄrztInnenbesuch für nicht-deutschsprachige PatientInnen erleichtern, allerdings aus juristischer und ethischer Sicht bedenklich sind:

Die wohl am weitest verbreitete Form, Sprachschwierigkeiten beim KinderärztInnenbesuch zu überwinden, ist es, *Angehörige als ÜbersetzerInnen* in die Ordination mitzubringen. FreundInnen, Familienmitglieder oder Bekannte begleiten den/die PatientIn und übersetzen, was der Arzt/die Ärztin sagt. Dies

birgt die Gefahr, dass den Angehörigen neben mangelndem Fachvokabular auch die nötige Distanz fehlt. Besonders deutlich wird die Problematik dann, wenn Kinder als ÜbersetzerInnen für die Geschwisterkinder oder die Eltern herangezogen werden. Kinder sind mit der Situation, den Eltern eine möglicherweise schlechte Diagnose überbringen zu müssen, oftmals überfordert, was sich nicht nur negativ auf ihre Entwicklung auswirken kann, sondern auch dazu führt, dass das Arzt-Patienten-Gespräch unbefriedigend für alle Beteiligten verläuft.

Gibt es keine Angehörigen oder Bekannte als DolmetscherInnen, sind die ÄrztInnen oftmals darauf angewiesen, „mit Händen und Füßen“ mit den nicht-deutschsprachigen PatientInnen zu kommunizieren. Aus rechtlicher Sicht stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob der/die Ärztin auf diese Weise ausreichend aufklären kann und der/die PatientIn soweit informiert wurde, dass er/sie wirksam in die Heilbehandlung einwilligen kann.

Die befragten KinderärztInnen gaben auch an, *fremdsprachkundige Personen aus dem Wartezimmer* zu bitten, als ÜbersetzerInnen zu fungieren, wenn die Kommunikationsbarriere sich nicht anders lösen lässt. Dies kann zu einer unangenehmen Situation für den/die PatientIn führen, wenn eine für ihn/sie völlig fremde Person intime Details über Krankheit und Befinden der Person erfährt. Zudem ergibt sich für den/die ÄrztIn das Problem – wie dies ebenso beim Heranziehen der Angehörigen und Bekannten der Fall ist – die Qualität der Übersetzung hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit nicht zuverlässig überprüfen zu können.

Häufig wurde auch im Rahmen der Studie berichtet, dass nicht-deutschsprachige PatientInnen *dem Arzt/der Ärztin das Handy reichen*, damit sich diese/r mit dem angerufenen Deutschsprachigen über die Diagnose unterhält. Neben dem Problem der Durchbrechung der Schweigepflicht und der Frage, ob ein Aufklärungsgespräch wirksam über einen Übersetzer am Telefon durchgeführt werden kann, kommt bei dieser Lösungsstrategie das Problem hinzu, dass durch fehlende Mimik und Gestik das Arzt-Patienten-Gespräch an Qualität leidet.

Einige der von uns befragten KinderärztInnen gingen dazu über *mehrsprachiges Personal* einzustellen. Vielfach werden OrdinationsassistentInnen so ausgewählt, dass sie möglichst die in der Ordination am intensivsten benötigten und in Wien weit verbreitetsten Sprachen (Türkisch, Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Russisch) abdecken. So würden die AssistentInnen bereits beim Bewerbungsgespräch darauf vorbereitet, dass sie im Ordinationsalltag auch als ÜbersetzerInnen fungieren sollten. Bei dieser Lösungsstrategie treten vor allem Probleme hinsichtlich arbeits- und haftungsrechtlicher Fragen auf.

In einigen Fällen beherrschten der Arzt/die *Ärztin selbst die benötigte Fremdsprache*. Die befragten KinderärztInnen gaben an, gegebenenfalls auf ihre eigenen Fremdsprachenkenntnisse zurückzugreifen, Vokabelhefte mit häufig vorkommenden Fachvokabeln in diversen Sprachen zu führen oder auch gezielt Sprachkurse zu absolvieren, um eine Erleichterung im Arbeitsalltag zu erzielen.

Keiner der teilnehmenden KinderärztInnen hatte die Möglichkeit genutzt, eine/n *professionelle/n DolmetscherIn* beizuziehen. Laut Angaben der Befragten, scheiterte diese qualitativ hochwertigste sowie rechtlich und ethisch am unbedenklichsten Lösung jedoch am Kosten- und Zeitfaktor, da die Organisation von professionellen DolmetscherInnen als relativ zeitaufwendig eingestuft wurde. Nicht zuletzt scheiterte diese Lösung an den anfallenden Kosten.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die derzeit in den Wiener Kinderarztpraxen praktizierten Lösungsstrategien, um Sprachbarrieren zu überwinden, zwar den Alltagsbetrieb ermöglichen, jedoch sollten aus rechtlichen und ethischen Gründen, im Sinne der ÄrztInnen und Betroffenen, andere Lösungen gefunden werden.

Um einen adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem auch für nicht-deutschsprachige Personen zu ermöglichen und den Arbeitsalltag für die Angehörigen der Gesundheitsberufe barrierefrei zu gestalten, erscheint es daher sinnvoll, Lösungsstrategien auf mehreren Ebenen zu verankern.

Die meisten befragten KinderärztInnen gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, grundsätzlich an der Nutzung neuer Technologien, um professionelle DolmetscherInnen via Videokonferenz zuzuschalten, interessiert zu sein, jedoch wurde bereits hier mehrfach betont, dass der Zeit- und Kosten(mehr)aufwand keinesfalls zu groß sein darf, da sonst die Brauchbarkeit und Nützlichkeit im Praxisalltag ihrer Ansicht nach nicht gegeben sei.

Einladung von Mrs. Melinda Paras (Paras & Associates/Kalifornien) zum internationaler Erfahrungsaustausch (23. – 29. Juni 2013)

Video Remote Interpreting wird bereits seit längerem sehr erfolgreich im Krankenhaussetting in den USA zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren eingesetzt. Durch das Bereitstellen eines/r Videodolmetschers/In kann zeit- und kostensparend in professionellem Rahmen auf Sprach- und Kulturbarrieren im gesundheitlichen Bereich reagiert und qualitativ hochwertige Gesundheitsver- und -vorsorge garantiert werden. Melinda Paras ist führende Expertin für die Implementierung von Video-Dolmetschen (video remote interpreting) in Krankenhäusern in den USA und Gründerin des kalifornischen Video-Dolmetschernetzwerks im Gesundheitswesen (HCIN) (<http://www.parasandassociates.net/>). Im gemeinsamen Erfahrungsaustausch konnten Stärken und Schwächen des sich in Planung befindenden Projektes identifiziert und Ansätze und Strategien in der Umsetzung überdacht und auf diese Weise optimiert oder beibehalten werden.

Anlässlich Melinda Paras' Aufenthalt wurden von der Plattform Patientensicherheit und dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin zwei Veranstaltungen organisiert und unter Mitwirkung von Mrs. Paras in ihrer Rolle als führende Expertin aus den USA durchgeführt:

- ➔ Einerseits wurde für das im Pilotprojekt involvierte Personal (Pflege/med. Personal/Management) am 26. Juni 2013 von 14.30 – 16.00h ein **offener Workshop „Make Video Remote Interpreting Work – An American Success Story“** angeboten, in welchem die TeilnehmerInnen einen tieferen Einblick in das in den USA seit Jahren erfolgreich umgesetzte Konzept des DolmetscherInnen-Netzwerks bekommen konnten. Mittels Videomaterial und veranschaulichenden Ausführungen durch Mrs. Paras konnte ein erster Eindruck für eine mögliche Umsetzung des Videodolmetsch-Tools in der Praxis in Österreich vermittelt und offene Fragen, aber auch Erwartungen und Bedenken hinsichtlich der bevorstehenden Testung im Rahmen des Projektes, angesprochen und diskutiert werden.
- ➔ Andererseits schien es sehr wichtig, die Thematik und insbesondere Mrs. Paras Expertise, einem breiteren Publikum zugänglich zu machen, weshalb eine kostenlose **Round-Table-Veranstaltung** mit einem hochkarätig besetzten ExpertInnen-Podium aus Politik und Wissenschaft, zum Thema **„Luxus oder Notwendigkeit – Dolmetschen im Gesundheitswesen“** für 26. Juni 2013 ab 18.30h erfolgreich durchgeführt wurde. Zahlreiche Personen nahmen an der Veranstaltung teil. Zu den ExpertInnen am Podium, neben Mrs. Paras, zählten Dr. Markus **Benesch** (Integrationsstaatssekretariat/BMI), Univ. Doz. Dr. Gustav **Fischmeister** (St. Anna Kinderspital), Hon. Prof. SC Dr. Gerhard **Aigner** (BMG), Dr. Gerald **Bachinger** (NÖ Patientenanwaltschaft), Dr. Vera **Ahamer** (Historikerin und Translationswissenschaftlerin) und Alvaro **San Roman** (ServiceCenter ÖGS.barrierefrei).

Entwicklung einer digitalen Landkarte zur Sichtbarmachung von Projekten und Initiativen zur kultursensiblen Öffnung im Gesundheitswesen

Die im Zuge der Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ der Plattform Patientensicherheit entwickelte digitale Landkarte zur Sichtbarmachung kultursensibler Initiativen und Projekte aus ganz Österreich bietet die Möglichkeit eines Erfahrungsaustausches und des gegenseitigen Lernens voneinander über das Projektende hinaus. Die Landkarte bietet eine Plattform zur Darstellung und Vernetzung und erlaubt insbesondere auch dem niedergelassenen Bereich sich von Projekten und Initiativen inspirieren zu lassen, was auch Themen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Chancengerechtigkeit miteinschließt.

Abzurufen unter www.migrationundgesundheit.at / Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ der Österreichischen Plattform Patientensicherheit.

Abschlussstagung „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ (09.12.2014)

Am 09. Dezember 2014 fand im Festsaal des Bundesministeriums für Gesundheit die Abschlussstagung der Projekte „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ statt. ExpertInnen aus verschiedenen Fachbereichen (darunter auch ExpertInnen des niedergelassenen Bereichs) unter anderem aus der Translationswissenschaft, Rechtswissenschaft und der Medizin, diskutierten einen Tag lang über aktuelle Beiträge zum Thema Migration und Gesundheit. Neben fachwissenschaftlichen und praktischen Lösungsansätzen sowie Strategien zur Überwindung von Sprachbarrieren in medizinischen und pflegerischen Settings wurden Beiträge zu den Projekten „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ und „Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“ präsentiert, wie beispielsweise Erfahrungsberichte aus Sicht der am Projekt beteiligten ÄrztInnen und DolmetscherInnen.

Im Zuge des vorgelagerten Pilotprojektes „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ (welches seinen Schwerpunkt auf den intramuralen Bereich hatte), konnte das Projekt „Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“ die eigens dafür gegründete und mit professionellen DolmetscherInnen besetzte Video-Dolmetscherzentrale ebenfalls nutzen, um auch niedergelassenen ÄrztInnen Videodolmetschen zu ermöglichen. Entsprechend war die Umsetzung des zweiten Projektes maßgeblich von der Umsetzung dieses ersten Projektes abhängig. Im Gegensatz zum sehr erfolgreichen Pilotprojekt im Bereich der Gesundheitsversorgung, war die Umsetzung des Projekts „Gesundheitsförderung via Videodolmetschen“ um ein vielfaches schwieriger.

In einer ersten Aussendung über die Österreichische Ärztekammer wurden interessierte niedergelassene ÄrztInnen eingeladen, kostenlos an dem Projekt teilzunehmen und den professionellen Videodolmetschservice zu testen. Nach ersten Rückmeldungen und Anfragen zeigte sich allerdings, dass einige der interessierten ÄrztInnen an der Testung nicht teilnehmen konnten, da die technischen Mindestvoraussetzungen (kein Internet oder zu geringe Bandbreite) in ihrer Ordination nicht erfüllt werden konnten. Manche ÄrztInnen erfüllten die technischen Mindestvoraussetzungen, aber die für eine Nutzung des Videodolmetsch-Tools erforderlichen Adaptierungen bzw. Aufrüstungen der vorhandenen Technik (schaffen der Mindestinternetbandbreite bspw.) machten eine Involvierung der jeweiligen externen technischen Dienstleister der ÄrztInnen erforderlich. Dies war wiederum mit zusätzlichem (zeitlichem) Aufwand sowie ungeplanten Zusatzkosten für die ÄrztInnen verbunden. Das Angebot, die durch eine technische Adaptierung entstehenden Kosten zu übernehmen, ändert allerdings vielfach nichts daran, dass es für manche niedergelassene ÄrztInnen einen zu großen (vor allem zeitlichen) Aufwand darstellte und sie daher das Tool Videodolmetschen nicht nutzen wollten.

Nach der schriftlichen Aussendung der ÖÄK, wurde versucht ÄrztInnen zur Teilnahme durch persönliche Kontaktaufnahme per Telefon zu gewinnen. Die Kontakte wurden mittels Online-Ärztregister gesucht und nach Fachrichtung sowie migrationsstarken Bezirken ausgewählt. Auch durch diese Maßnahme konnten nur einige ÄrztInnen für eine erste nähere persönliche Vorstellung des Projektes gefunden werden. Trotz der oben beschriebenen grundsätzlichen Problematik der Anwerbung und Integration konnten letztendlich insgesamt vier niedergelassene ÄrztInnen im Februar 2014 zugeschaltet werden. Im September 2014 eröffnete sich durch die Gründung einer Dienstleistungsgesellschaft neuerlich die Möglichkeit, ÄrztInnen kostenlos den professionellen Videodolmetschservice nutzen zu lassen. Allerdings konnten auch zu diesem Zeitpunkt – aus den oben genannten Gründen – keine neuen ÄrztInnen zur Teilnahme motiviert werden. Hingegen wollten sofort zwei ÄrztInnen, die das Tool bereits in der ersten Phase getestet hatten, wieder mitmachen und konnten für den Testraum November 2014 – Februar 2015 neuerlich eingeschlossen werden. In zwei weiteren Fällen scheiterte die Teilnahme an der Koordination des technischen Dienstleisters mit der Ordination.

Die Anwerbungsphase zeigte klar, dass die niedergelassenen ÄrztInnen sehr geringe zeitliche Ressourcen haben und daher kaum Interesse besteht, an neuen Forschungsvorhaben teilzunehmen. Aus diesem Grund wurde auch eine Abänderung des Projektplans erforderlich, sodass kein Basisvernetzungstreffen organisiert wurde, um auf die zeitlichen Vorgaben der einzelnen ÄrztInnen besonders Rücksicht nehmen zu können. Bevor eine Ordination (Endpunkt) offiziell zur DolmetscherInnenzentrale zugeschaltet wurde, wurde eine ausführliche persönliche Einschulung in der Ordination vorgenommen, welche sehr gut angenommen wurde. Im Zuge der persönlichen Einschulung konnte auch auf die Kooperationspartner im Bereich der Gesundheitsförderung und auf deren Angebote hingewiesen werden. Dadurch sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass im Rahmen der nun vorhandenen erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten die Chance einer „über den Tellerrand hinaus gehenden Gesundheitsversorgung“ durch das Tool Videodolmetschen besteht. Unterstützend wurden dem involvierten Personal Schulungsunterlagen mit detaillierten Informationen zum neuen Tool, Tipps im Umgang mit professionellen DolmetscherInnen und weiterführende Kontakte der Kooperations- und VernetzungspartnerInnen zur Verfügung gestellt.

4. Evaluationskonzept

Die rechtliche, ethische und sozialwissenschaftliche Kompetenz der Österreichischen Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien erlaubte es, die Evaluation des Projektes selbst durchzuführen.

Im Zuge der Evaluation wurden sowohl für die MitarbeiterInnen als auch für die nicht-deutschsprachigen Personen die Befragung via Fragebogenerhebung gewählt, um damit möglichst viele Personen – bei gleichzeitig möglichst geringem Zeitaufwand für die Befragten – erreichen und befragen zu können.

Bei der Befragung der nicht-deutschsprachigen Personen sollte der Fokus darauf gelegt werden, zu überprüfen, in welchem Maße diese gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen bisher genutzt hatten, wie sehr und in welcher Form diese bereits in etwaige Programme integriert und welche Verbesserungspotentiale ihrer Meinung nach vorhanden sind. Zudem war von Interesse wie diese das neue Tool Videodolmetschen bewerten würden. Die Befragung sollte während der gesamten Laufzeit des Projektes, immer im Zusammenhang mit dem Arztkontakt durchgeführt werden. Gegen Ende des Projektes sollte erneut mittels Fragebogen evaluiert werden, wie das Angebot seitens der nicht-deutschsprachigen Personen angenommen und wie oft dieses in welcher Form von ihnen im Projektzeitraum genutzt wurde. Von Interesse war zudem, ob eine Vernetzung der verschiedenen gesundheitsfördernden Vereine und Institutionen erfolgreich, im Sinne einer längerfristigen Anbindung an einen der Kooperationspartner, stattfand.

Die Befragung der MitarbeiterInnen der Ordinationen hatte zum Ziel, die Häufigkeit von Sprachbarrieren im Arbeitsalltag, die damit in Zusammenhang stehenden auftretenden Probleme bei der Versorgung sowie die bisherigen Lösungsstrategien und die Zufriedenheit mit diesen im Umgang mit nicht-deutschsprachigen Personen zu erfragen. Weiters wurde anhand des fünfseitigen Fragebogens erhoben, ob die MitarbeiterInnen bereits erste Erfahrungen mit dem E-Dolmetscher im Zuge der Arbeit gemacht hatten und ob der E-Dolmetscher ihrer Meinung nach spürbar das Besprechen zukünftiger gesundheitspräventiver und -fördernder Maßnahmen ermöglichte. In einem dritten Themenbereich des Fragebogens konnten die Befragten ihnen wichtige Aspekte professioneller DolmetscherInnen nennen und solche in Bezug auf den Einsatz von Video-DolmetscherInnen auswählen beziehungsweise um zusätzliche Aspekte ergänzen. Befragt werden sollte jeder Mitarbeiter, welcher im Verlauf des Interventions-Zeitraumes im Zuge seiner (behandelnden) Tätigkeit mit der Intervention aktiv befasst war (oder dies innerhalb des vorgegebenen Interventionszeitraumes noch sein würde).

Für die Durchführung der qualitativen Erhebung wurde die Methode der semi-strukturierten Interviews gewählt, um tiefere Einsicht in die bisherigen Erfahrungen mit der Versorgung und Behandlung nicht-deutschsprachiger Personen zu erlangen. Durch diese Methode war es möglich, intensivere Einblicke in Bezug auf den empfundenen Mehrwert der Intervention zu bekommen und zu eruieren, inwiefern die Erwartungen der ÄrztInnen und ihrer MitarbeiterInnen an das Angebot des Videodolmetschens erfüllt oder enttäuscht wurden. Zudem wurde abgefragt, inwiefern das Tool Videodolmetschen zum Zweck der erweiterten Gesundheitsversorgung und für das Besprechen gesundheitsfördernder- und -präventiver Maßnahmen genutzt und als geeignet empfunden wurde. Insgesamt wurden zehn Interviews geführt, welche durchschnittlich 30–40 Minuten dauerten.

Die Methode der Fragebogenerhebung stellte sich in beiden Projekten (im intra- und extramuralen Bereich) letzten Endes als schwerer durchführbar heraus als dies beispielsweise bei der Generierung der InterviewpartnerInnen der Fall war. Entscheidend war dabei der unterschiedliche Grad der möglichen Koordinierung bei der Datenerhebung, wie dies bspw. ebenfalls im Zusammenhang mit den geplanten Fragebögen bei den nicht-deutschsprachigen Personen der Fall war. Aber auch bei den MitarbeiterInnen-Fragebögen entstand eine Abhängigkeit von der jeweils genannten Ansprechperson, also ob und in welcher Intensität diese die Verteilung und Retournierung der Fragebögen bei den Befragten betrieben.

Zur Befragung nicht-deutschsprachiger Personen müsste für zukünftige Projekte jedenfalls der Schwerpunkt auf qualitative Methoden (Interviews, Fokusgruppen, Beobachtung) gelegt werden, da die Belastung der Datenerhebung bei einer Fragebogenerhebung von VD-Usern settingbedingt auf Seiten des Personals angesiedelt wäre und dies letztendlich als nicht zumutbar erscheint. Damit wäre jedenfalls der Einsatz bilingualer ProjektmitarbeiterInnen zur Datenerhebung miteinzuplanen, um eine FB-Erhebung annähernd zielführend für diese Zielgruppe durchführen zu können. Zudem sollte der zeitliche Rahmen für die Erhebung generell breiter gesteckt sein, da der Erhebungsprozess in beiden Bereichen (intra- und extramural) gezeigt hat, dass mehr Zeit und ein erhöhter persönlicher Einsatz zur Datengenerierung erforderlich ist als zuerst angenommen.

Ergänzend wäre die Durchführung einer Fokusgruppendifkussion jedenfalls zielführend. Damit wäre es in einem vorgelagerten Schritt besser möglich gewesen, zu diskutieren und eruieren, unter welchen Voraussetzungen für niedergelassene ÄrztInnen eine Beteiligung und eine Nutzung von Videodolmetschen im Praxisalltag als realistisch und umsetzbar erscheint. Das heißt, welche Faktoren und Voraussetzungen müssten in welcher Form ganz speziell für den niedergelassenen Bereich vorhanden und erfüllt sein, um das Tool Videodolmetschen für diese Gruppe der Gesundheitsdienstleister attraktiv und letztendlich integrierbar zu machen.

Wie oben dargestellt, wurde aufgrund des vorhandenen Vorwissens ein umfangreiches Konzept zur Evaluierung erstellt, welches auch entsprechend umgesetzt wurde. Im Rahmen der Evaluierung konnten

wichtige Ergebnisse gewonnen werden, die letztlich auch zu einer wichtigen Weiterentwicklung des Tools Videodolmetschen geführt haben.

5. Projekt- und Evaluationsergebnisse

Wie die Ergebnisse beider durchgeführter Studien gut aufzeigen konnten, weist das Tool Videodolmetschen in vielerlei Hinsicht sehr großes Potential für den Einsatz im Gesundheitsbereich auf: Als wesentlich stellten sich dabei die ermöglichte höhere Flexibilität und die dadurch aufkommende Stärkung der Handlungsspielräume der MitarbeiterInnen, welche bei Sprachbarrieren häufig massiv eingeschränkt waren, heraus. In jenen Settings, in welchen eine Integration des Tools aufgrund vorhandener technischer Infrastruktur problemlos möglich war, wurde das Tool Videodolmetschen sehr gut angenommen und trug wesentlich zur Steigerung der MitarbeiterInnen- und PatientInnenzufriedenheit, aber auch -sicherheit bei. Dabei wurde das Tool Videodolmetschen von allen Befragten als sehr hilfreich empfunden. Zudem konnten sich alle Befragten vorstellen künftig, mit Hilfe des Videodolmetschers ausführlichere Gespräche über gesundheitspräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen mit nicht-deutschsprachigen Personen zu führen.

Besonders der Faktor Zeit spielte im niedergelassenen Bereich eine entscheidende Rolle. Das Angebot der kostenlosen Nutzung des Videodolmetschertools wurde vielfach von den zur Teilnahme angefragten ÄrztInnen mit dem Argument abgelehnt, dass sich diese nicht in der Lage sahen, einen durch das Tool entstehenden zusätzlichen „(Zeit-)Aufwand“ im Zuge ihrer Arbeit zu berücksichtigen und zu integrieren. Damit einher ging die für die ÄrztInnen letztendlich verbleibende kurze Zeit einer potentiellen aktiven Nutzung des Tools. So hatte die Anwerbungsphase, in Zusammenhang mit der durch den damaligen technischen Dienstleister zusätzlich entstandenen Verzögerung, den Testzeitraum doch eingeschränkt. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass die angebotenen Sprachen nur einen kleinen Teil vom Bedarf abdecken konnten. Ein Teil der interessierten ÄrztInnen hätten primär die Sprachen Russisch, Bulgarisch oder Albanisch benötigt. Diese Erkenntnis wurde nunmehr auch bei der Umsetzung des Tools Videodolmetschen berücksichtigt. Ein ganz wesentlicher Faktor für die Nichtannahme des Tools, war das vorherrschende fehlende Problembewusstsein über die Risiken von Laiendolmetschungen. Viele der angefragten MedizinerInnen hatten für die im Projekt angebotenen Sprachen (BKS/Türkisch) ordinationseigene fremdsprachige MitarbeiterInnen oder sprachmittelnde Angehörige und fanden diese Lösung zufriedenstellend und ausreichend. Das spiegelten auch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung wieder, bei welcher alle Befragten die Zufriedenheit mit den bisherigen Lösungsstrategien mit der Note 3 bewerteten. Das Hinzuziehen professioneller DolmetscherInnen wurde daher von Seiten der niedergelassenen ÄrztInnen als wenig bis gar nicht erforderlich beurteilt, weshalb der vermutete und oft befürchtete Mehraufwand, bspw. der Installation und Nutzung des Tools, für diese nicht in Relation zum erwarteten Mehrwert stand. Den meisten ÄrztInnen ist nicht bewusst, dass diese Personen in der Regel nicht beide Sprachen perfekt beherrschen und zudem über keine entsprechende, für das qualitätsgesicherte Dolmetschen jedoch erforderliche, Ausbildung verfügen. Es besteht kein Problembewusstsein für das Risiko und die Gefahren für diese bisherigen Lösungsstrategien.

Nichtsdestotrotz gaben jene MitarbeiterInnen, welche den Videodolmetscher genutzt hatten an, sehr zufrieden damit gewesen zu sein und sich durchaus vorstellen zu können, diesen für das Besprechen gesundheitsfördernder- und -präventiver Maßnahmen auch zukünftig wieder zu nutzen. Allerdings wurden auch Zweifel darüber geäußert, inwiefern sich die physische Abwesenheit des Dolmetschers negativ, oder zumindest nicht im gleichen Ausmaß so positiv wie ein physisch vor Ort anwesender Dolmetscher, auf die Interaktion mit den PatientInnen auswirkte. Hier wurde zudem das Bedürfnis geäußert, dass der Einsatz eines Dolmetschers sich jedenfalls über das reine Dolmetschen hinaus erstrecken sollte, wie dies

in einem der Endpunkte (in welchem parallel das ebenfalls FGÖ geförderte Projekt „wibet“ lief) beispielsweise der Fall war und der „Dolmetscher“ eine begleitende und für das Team über das Dolmetschen weit hinausgehende unterstützende Funktion einnahm.

Von den insgesamt vier Endpunkten hatten zwei Endpunkte das Tool Videodolmetschen im Zuge ihrer Tätigkeit verwendet. Die Befragten gaben an, dass sie das Tool für das Besprechen gesundheitsfördernder- und -präventiver Maßnahmen genutzt haben.

In beiden Testzeiträumen wurden insgesamt neun Video-Calls durchgeführt. Allerdings nahmen nur zwei Endpunkte dieses Service in Anspruch. Vier Video-Calls erfolgten im ersten Testzeitraum (Februar bis März 2014), die restlichen fünf Video-Calls erfolgten im zweiten Testzeitraum (November 2014 bis Jänner 2015) von einem der beiden aktiven Endpunkte.

Wie bereits in Punkt 4 diskutiert, erwies sich die Durchführung der Fragebogenerhebungen als zeitintensiver und schwerer koordinierbar als erwartet. Dies wurde letztendlich auch in der niedrigeren Rücklaufquote sichtbar. Besonders ergiebig zeigte sich hingegen die Methode des qualitativen Interviews, welches sehr gut die Gelegenheit zur weiterführenden Diskussion der quantitativen Ergebnisse bot und auch von den insgesamt zehn InterviewpartnerInnen gut angenommen wurde.

Die Zielpunktschwergruppen konnten nur teilweise gut erreicht werden, was unmittelbar mit den jeweiligen vorhandenen Rahmenbedingungen zusammen hing und die Erreichbarkeit somit beeinflusste. So war bspw. die Übermittlung der Fragebögen maßgeblich von den ÄrztInnen abhängig, wodurch keine Kontrolle der Samplegenerierung von Seiten des Projektteams möglich war. Zudem stellte die Methode der quantitativen Fragebogenerhebung – wie bereits erwähnt – nicht die Methode erster Wahl dar. Aufgrund von budgetären Vorgaben konnte die präferierte Methode der qualitativen Interviews mittels bilingualen ProjektmitarbeiterInnen nicht umgesetzt werden. Die Erreichung der Zielgruppe der niedergelassenen ÄrztInnen stellte sich als besonders schwierig heraus, da sich die Form der Kontaktaufnahme durch die Österreichische Ärztekammer, nämlich in Form eines an alle ÄrztInnen Österreichs ausgesendeten Rundschreibens, der persönlich motivierenden Einflussnahme entzog. Da die Strategie der allgemeinen Aussendung auf wenig Aufmerksamkeit stieß, wurde eine Abänderung der Strategie, nämlich jene der persönlichen telefonischen Kontaktaufnahme, gewählt. In diesem Fall mussten die ÄrztInnen während ihrer Ordinationszeiten kontaktiert werden, was sich wiederum als organisatorisch und zeitlich aufwendig herausstellte. Am erfolgversprechendsten erwies sich die Methode des Aktivierens persönlicher Kontakte zu MedizinerInnen welche ANetPAS aus verschiedenen anderen Projekten bereits bekannt waren. Zusammenfassend muss die Erreichung dieser Zielgruppe als sehr herausfordernd bewertet werden.

Ein zentrales Anliegen des Projektes war es, das Angebot eines professionellen Videodolmetschservices nach Ende der Testphase weiter bestehen zu lassen und dieses als mögliche Lösungsstrategie im österreichischen Gesundheitswesen zu verankern. Durch enge Zusammenarbeit mit dem Projektteam konnte die Gründung eines Videodolmetschunternehmens ermöglicht werden, welches nun seit Herbst 2014 erfolgreich seinen regulären Betrieb aufgenommen hat. Besonders erfreulich ist, dass sich nicht nur Institutionen des intramuralen Bereichs, sondern auch Vereine und Institutionen, welche im niedergelassenen Bereich der Gesundheitsversorgung angesiedelt sind (wie bspw. auch eine der teilnehmenden Arztpraxen), dazu entschieden haben, das Tool Videodolmetschen auch zukünftig als fixen Bestandteil in die Versorgung ihrer PatientInnen zu integrieren. Dabei wurde auch gerade darauf geachtet, das Angebot für den niedergelassenen Bereich attraktiver zu machen, indem noch mehr auf technische Flexibilität eingegangen und vor allem das Sprachangebot stark erweitert wurde.

Das durchgeführte Projekt bot zudem eine sehr gute Möglichkeit, wertvolle Erfahrungen und vor allem Vergleichswerte mit dem parallel getesteten intramuralen Bereich bei der Implementierung eines solchen neuen Tools zu sammeln. Genau diese Vergleichswerte und Erfahrungen boten die Gelegenheit, wichtige

und ausschlaggebende Veränderungen bei der Weiterentwicklung des Tools für andere Settings, wie beispielsweise jenes der Aidshilfe oder in Justizvollzugsanstalten, zu verankern.

Das Projekt bot zudem zur Etablierung und Festigung der Ausbildung der DolmetscherInnen speziell für den Gesundheitsbereich einen Anstoß. Die Schärfung des Bewusstseins dahingehend, dass die Beiziehung von LaiendolmetscherInnen oder das Einstellen von fremdsprachigem Personal keine Ideallösung darstellen kann, konnte durch die erhöhte mediale Präsenz und durch die vermehrt positiven gewonnen Erfahrungswerte der Videodolmetsch-User jedenfalls erreicht werden. Das Schaffen einer Dolmetscherzentrale bot den DolmetscherInnen einen neuen Arbeitsmarkt, der durch die Etablierung neuer Strukturen im Umgang und der Lösung von Kommunikationsbarrieren großes Potential zur Weiterentwicklung aufweist.

Anhand der im Anschluss an die Abschlusstagung im Dezember 2014 folgenden Vielzahl an Anfragen, welche an das Projektteam bezüglich Möglichkeiten der zukünftigen Nutzung des Videodolmetschangebots laufend gestellt wurden, ist das geweckte Interesse von Trägern – und eben auch von ÄrztInnen und Vereinen, welche im niedergelassenen Bereich tätig sind – ein eindeutiges Indiz für das vorhandene große Potential dieser professionellen Lösung. Der Einsatz von Videodolmetschen im Gesundheitswesen stößt merkbar auf breites Interesse. Durch das Anbieten von weiterführenden Veranstaltungen der Plattform Patientensicherheit soll auch über das Projektende hinaus eine Sensibilisierung des niedergelassenen Bereichs für das Thema der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gewährleistet werden. Dazu ist es entscheidend, auch zukünftig verstärkt auf die Problematik von Sprachbarrieren und die mit dem Einsatz von LaiendolmetscherInnen verbundenen Risiken gerade im niedergelassenen Bereich zu verweisen und nach gemeinsamen Möglichkeiten zur praktikablen Umsetzung zu suchen. Einen wichtigen Schritt zur Sensibilisierung stellte daher jedenfalls die im Dezember 2014 veranstaltete Abschlusstagung im Bundesministerium für Gesundheit dar.

Durch das Projekt wurde das Bestreben politischer Entscheidungsträger, die Verwendung professionalisierter Dolmetschdienste bei vorhandenen Sprachbarrieren gesetzlich besser zu verankern, wesentlich geweckt und stellt damit jedenfalls einen entscheidenden Baustein zur Veränderung vorhandener Strukturen und somit zur Nachhaltigkeit des Projektes dar. Durch die Kooperation mit dem deutschen Aktionsbündnis und der Stiftung Patientensicherheit, soll zudem nun gemeinsam eine Empfehlung erarbeitet werden, die auf die Gefahren der Sprachbarriere aufmerksam macht und das Bewusstsein für professionelle DolmetscherInnen schärfen soll.

6. Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

Als besonders förderlich zur Erreichung der Projektziele stellten sich „PromotorInnen“ in den jeweiligen Ordinationen heraus. Diese Personen, welche besonders überzeugt vom Einsatz des Videodolmetschers waren, übernahmen eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung organisatorischer Anforderungen und bei der Bekanntmachung und Bewerbung des neuen Tools im Team. Doch nicht in allen Endpunkten konnte ein/e solche/r PromotorIn gefunden werden, was wiederum wesentlichen Einfluss auf das Ausmaß der Integration der Innovation nahm und unter anderem bei der Anzahl der getätigten Video-Calls sichtbar wurde.

In erster Linie stellten sich für niedergelassene ÄrztInnen die vorhandenen Arbeits-Rahmenbedingungen als hinderlicher Faktor heraus. Dies hatte zur Folge, dass befürchtet wurde, dass die Intervention Videodolmetschen eine zusätzliche Belastung zum ohnehin als auslastend empfundenen Arbeitsalltag darstellen könnte. Daher wurde in vielen Fällen das Angebot zur Teilnahme gleich zu Beginn abgelehnt. Eine klare Regelung hinsichtlich der Verantwortung zur Hinzuziehung und der Verwendung von professionellen DolmetscherInnen würde wesentlich dazu beitragen, qualitätsgesicherte Gesundheitsversorgung

durch professionelle Dolmetschung auch im niedergelassenen Bereich sicherzustellen. Das Angebot und die Annahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen würden nicht länger von den Sprachkompetenzen der jeweiligen AkteurInnen abhängen und jeder Personengruppe den Zugang ermöglichen. Mit einer klaren Regelung müsste in weiterer Folge auch die Finanzierung eines solchen professionellen Dolmetschdienstes geregelt werden, um gelingende Kommunikation unabhängig davon zu machen, ob die Kosten freiwillig von einem der Akteure übernommen werden. Der Einsatz professioneller DolmetscherInnen ist stark davon abhängig, ob eine Sprachbarriere als solche gesehen wird und darüber hinaus auch erkannt wird, dass eine Versorgung nicht-deutschsprachiger Personen nicht durchgeführt werden kann. Das hohe Maß an fehlendem Problembewusstsein über Risiken von Laiendolmetschungen und die im Kontext von Sprachbarrieren auftretenden rechtlichen Probleme, wirkten sich daher zusätzlich als hinderlicher Faktor aus.

Das größte Hindernis war allerdings die mangelnde technische Infrastruktur im niedergelassenen Bereich, woran die Teilnahme einiger interessierter ÄrztInnen letztendlich scheiterte. Da viele Praxen offensichtlich Breitbandinternet bzw. Internetanschlüsse/Internetverfügbarkeit in der gesamten Arztpraxis oder WLAN nicht brauchen, wäre die Nutzung des Tools Videodolmetschen nur durch zusätzliche Aufrüstungen möglich gewesen. Dies wäre freilich mit zusätzlichen Kosten verbunden gewesen.

Einer erfolgreichen Integration des Tools Videodolmetschen in den niedergelassenen Bereich muss jedenfalls eine sorgfältige Klärung über das zur Verfügung-stellen finanzieller Unterstützung zur Aufrüstung der technischen Infrastruktur voraus gehen, da diese Kosten gerade für den niedergelassenen Bereich eine zusätzliche Belastung bedeuten würden. Auch die grundsätzliche Frage der Kostentragung müsste eindeutig geklärt und über Möglichkeiten der Finanzierbarkeit eines professionellen DolmetscherInnen-Dienstes für den niedergelassenen Bereich (bspw. in Form angepasster Tarife) näher diskutiert werden. Dies bedarf jedenfalls einer genaueren Abklärung der vorhandenen Rahmenbedingungen und ggf. einer vorherigen Fixierung der Übernahme weiterer anfallender Kosten.

Das Vorhandensein von PromotorInnen professioneller (Video-)DolmetscherInnen zur qualitätsgesicherten sowie kosten- und zeitsparenden Überwindung von Sprach- und Kommunikationsbarrieren stellte sich jedenfalls als Schlüsselfaktor zur Erreichung des Projektzieles heraus. Allerdings ist dies wesentlich davon abhängig inwiefern diesbezüglich überhaupt Ressourcen zur Verfügung stehen (Größe des Ordinationsteams/Rollen im Ordinationsteam/zeitliche Ressourcen der MitarbeiterInnen etc.). Aber auch die vorhandene Überzeugungshaltung der PromotorInnen selbst zum neuen Tool spielt eine entscheidende Rolle, da die Motivation der PromotorInnen jedenfalls ansteckende Qualität haben muss, um das Team zur Mitwirkung zu motivieren. Aber auch von Seiten des Projektteams ist das Einplanen zeitlicher Ressourcen zur dichteren und vor allem persönlichen Begleitung der TeilnehmerInnen im Testprozess vor Ort nicht zu unterschätzen und sehr wesentlich für den Erfolg eines Projektes und einer zufriedenstellenden Zielerreichung.

Anhang

- Tagungsprogramm (vom 09.12.2014)
- Tagungsplakat (vom 09.12.2014)
- Tagungsdokumentation (vom 09.12.2014)
- PowerPointPräsentation Vortrag Tagung Gesundheitsförderung der OEGPH 22.&23.5.2014
- Save the Date des Round Table "Neue Wege gesundheitlicher Chancengerechtigkeit - Videodolmetschen im Gesundheitswesen" 22.04.2015

Hinweis:

Neben dem Hochladen des Berichts ist dieser zusätzlich dem/der für das Projekt zuständigen Mitarbeiter/in des Fonds Gesundes Österreich in gedruckter Version (Papierform) zur Begutachtung und Prüfung zuzusenden.